

D. /Dª……………………………………………………………………………tutor/a de docencia de la Especialidad de ………………………………………….., de acuerdo con la Guía para Tramitación de rotaciones Externas, de la Dirección General de Recursos Humanos de la Sanidad, de la Consellería de Sanidad, PROPONE a la Comisión de Docencia del Hospital Clínico Universitario de Valencia, que estudie, y en caso de informe favorable, tramite la petición de Rotación externa para que el/la Residente D/Dª…………………………………………………………….. ……………………………, con NIF/NIE………………………………. Residente de ……… año pueda trasladarse al Hospital ………………………………………………………………………..... de…………………………………… al Servicio/Unidad de ……………………………… durante el periodo comprendido entre el \_\_/\_\_/ 202\_ y el \_\_/\_\_/ 202\_

Datos del/de la residente

Teléfono………………… Correo electrónico………………………………………………………….

Los objetivos docentes de esta rotación son:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Valencia, a……… de……………………… de 202…….

Fdo. Tutor/a de la especialidad VºBº Jefe/a de Servicio

Dr./Dra…………………………………… Dr./Dra……………………………….